FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri LEGILLON

Né à Béthune (Pas-de-Calais) le 6 mai 1888

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU LARYNX

Président : M. ROGER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
Chevalier de la Légion d'honneur

Avec notre respectueuse reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné pendant le cours de nos études.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU LARYNX

AVANT-PROPOS

Le sujet de notre thèse nous a été proposé par M. le Dr Furet, notre maître, qui a bien voulu nous donner les renseignements nécessaires pour notre travail et, nons aider dans son élaboration. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus sincères remerciements et de lui exprimer toute notre reconnaissance pour son aide précieuse et le bienveillant intérêt qu'il nous a porté.

Nous avons voulu dans notre travail traiter une question importante pour le spécialiste. Elle est peu étudiée dans les livres et manuels d'oto-rhino-laryngologie, car cette maladie est rare. Il nous a paru intéressant d'en faire l'étude clinique et d'en indiquer le traitement de choix.

C'est avec plaisir que nous obéissons ici à la tradition et que nous adressons a nos maîtres l'hommage de notre respect.

Nous avons eu l'honneur d'être dans les hôpitaux de Paris l'élève de M. le Dr Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, avec qui nous avons fait nos débuts. Nous avons appris la chirurgie dans le service de M. le professeur Schwartz à l'hôpital Cochin et la médecine avec M. le professeur Launois à Lariboisière. C'est à l'hôpital Claude-Bernard que nous avons étudié les fièvres éruptives et les maladies contagieuses avec notre éminent maître, M. le professeur Teissier, à qui nous adressons particulièrement l'expression de notre plus vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné. A la maternité de Boucicaut nous avons étudié l'obstétrique sous la direction de M. le professeur Lepage.

Nous adressons aussi nos sincères remerciements à nos maîtres en oto-rhino-laryngologie, MM. les Drs Lubet-Barbon, Furet, Veillard et Weissmann, puis à M. le professeur Castex et ses collaborateurs, les Drs Collinet, Rabé, Banluet et Paul Boncour avec qui nous avons pratiqué notre spécialité.

HISTORIQUE

Nous entendons par abcès du larynx ou œdème inflammatoire aigu, tous les phénomènes inflammatoires ou infectieux, intéressant le larynx et qui se terminent par l'aboutissant extrême de toute inflammation, c'est-à-dire la suppuration.

Les traités d'oto-rhino-laryngologie, même les plus importants, s'étendent très peu sur ce sujet ; une ou deux pages à peine lui sont consacrés et cela tient à la rareté de cette affection. En compulsant tous les travaux qui ont été faits sur cette question, nous avons pu, en effet, nous rendre compte que peu nombreuses sont les observations où l'on se trouve en face d'un de ces cas typiques.

Avant le XIX^e^ siècle, la littérature médicale est muette sur ce sujet ; c'est Bayle qui, en 1808, traita cette question en lisant son mémoire à la Société de l'École de Médecine. Il faut, ensuite, attendre jusqu'en 1815 : Tuillier fit, à cette époque, sa thèse sur l'angine laryngée œdémateuse ; il cite le cas d'un malade qui fut atteint à sa convalescence d'accès de suffocation dont il mourut en l'espace de deux jours ; l'auteur avait constaté par le toucher une tumeur

molle, séro-purulente aux bords supérieurs du larynx, au niveau des replis aryténo-épiglottiques. Puis, en 1824, Bard publia l'observation d'une *angine œdémateuse chez une jeune fille*, et Lisfranc un mémoire sur *l'angine œdémateuse* ; en 1825, Bouillaud traita le même sujet ainsi que Dalmas et Costallat en 182-, dans le *Journal hebdomadaire de Médecine*. Cinq années plus tard, Miller présenta un mémoire très intéressant sur la laryngite purulente, et Lestier, en 1852, un *traité de l'angine œdémateuse*.

C'est en 1860 que Czermack expérimenta le laryngoscope et les observations qui suivirent cette époque furent alors plus précises et plus complètes. Schmith (*Archiv. of. méd.* New-York) étudie les abcès des replis ary-épiglottiques, puis Janicot en 1879 fait sa thèse sur les abcès du larynx. Citons ensuite les travaux de Goix, Moure, Charazac, Frænkel, Merklen, Cartaz sur le même sujet, et plus récemment les communications de Lubet-Barbon et d'Apert.

Nous n'avons mentionné ici que les études les plus importantes qui, à notre avis, ont été faites sur les abcès du larynx ou sur des sujets qui paraissent s'en rapprocher, réservant pour la bibliographie la nomenclature totale de la question.

ÉTIOLOGIE

Nous savons actuellement que tout foyer purulent est le produit d'une action microbienne. Les toxines que sécrètent les microbes pyogènes sont des poisons solubles, mortels aux cellules ; elles frappent de mort sur un point circonscrit les éléments anatomiques,et déterminent autour de ce centre de nécrose la réaction défensive de l'organisme traduite par la sortie hors des vaisseaux des globules blancs et par le retour de certaines cellules fines du tissu conjonctif à l'état de cellules lymphatiques.

Les microbes que l'on peut incriminer dans les abcès du larynx sont ceux que l'on rencontre habituellement dans l'oro-pharynx : le staphylocoque (obs. VIII), le streptocoque (obs. IX), et le pneumocoque (obs. X).

Une foule de causes sont susceptibles de déterminer dans le larynx des collections purulentes. Ce sera tantôt un traumatisme, un corps étranger qui, lésant la muqueuse ou le cartilage,constitueront une porte d'entrée favorable à la pullulation des germes septiques (obs. III), ou bien une lésion locale déjà existante telle qu'une tuberculose laryngée, un épi-

thélioma seront un terrain propice pour l'invasion des microbes pyogènes. Il s'agit aussi quelquefois de la propagation d'une phlegmasie du voisinage, amygdales. adénoïdites.

On a incriminé également comme cause des abcès du larynx les maladies infectieuses. Tous les traités d'oto-rhino-laryngologie considèrent ces états pathologiques comme une des principales causes de la maladie qui nous occupe. C'est un tort à notre avis. Si quelques rares observations ont pu, il y a longtemps, confirmer cette hypothèse, il n'en est plus de même actuellement avec les moyens thérapeutiques que nous possédons. La gorge du rougeoleux ou du scarlatineux par exemple est l'objet de soins spéciaux de la part du médecin et les gargarismes antiseptiques qu'emploient chaque jour les malades ont évité les complications qui n'étaient dues qu'au manque de soins et d'hygiène. L'enquête à laquelle nous nous sommes livré à ce sujet est tout à fait probante. Grâce à l'obligeance de notre maître, M. Teissier, médecin de l'hôpital Claude-Bernard, nous nous sommes procuré le nombre des malades traités en cet hôpital depuis 1906. Sur 6.225 scarlatineux, 3.220 rougeoleux, 255 varioleux et 1.680 malades atteints d'érysipèle M. Teissier n'a pas constaté une seule fois d'abcès du larynx. La diphtérie et la typhoïde ne doivent pas non plus être invoquées comme étiologie (obs. XII et XIII).

Il n'en est pas de même de la grippe (obs. I et V). Schæffer a rapporté un exemple de phlegmon laryngé

a la suite d'influenza, en 1890, dans la *Deutsche medizinische Wochenschrift*. Cartaz et Moure en 1893 et 1895 en ont signalé trois cas dans *la Revue hebdomadaire de Laryngologie*, et Compaire, un autre en 1907 dans *El siglo medico*. Brindel en a cité quelques autres.

L'abcès laryngé s'observe plutôt chez l'adulte, et principalement chez l'homme que chez l'enfant (obs. XI). Nous avons trouvé cependant, en compulsant la littérature médicale, quelques rares cas chez ce dernier (obs. XI).

Mais la cause médiate la plus évidente est le refroidissement brusque (obs. VII). C'est lui qui met le mieux l'organisme dans cet état d'opportunité morbide où l'infection peut se réaliser. Nous trouvons le coup de froid dans l'histoire de presque tous les malades.

ANATOMIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion, comme le montrent nos observations, siège dans la presque totalité des cas, tantôt dans la partie postérieure du larynx, tantôt dans la partie antérieure, mais elle est toujours latéralisée. Le professeur Frænkel classe les phénomènes en trois étages affectant les régions suivantes : 1° bandes ventriculaires ; 2° cordes vocales ; 3° région sous-glottique. La première localisation est de beaucoup la plus fréquente. Le gonflement apparaît dans l'espace glosso-épiglottique, dans les replis ary-épiglottiques et sur la bande ventriculaire.

Sans vouloir ici faire l'anatomie complète du larynx, il nous a paru intéressant de donner quelques détails sur ces parties de l'organe.

Les replis épiglottiques qui s'étendent des bords de l'épiglotte au sommet des aryténoïdes sont minces en avant ; ils s'arrondissent et s'élargissent en se dirigeant en arrière et en bas vers les cartilages aryténoïdes.

L'épiglotte est un fibro-cartilage uni à la langue et à l'os hyoïde par sa face antérieure, au thyroïde par son sommet et aux aryténoïdes par ses bords. C'est

un bourrelet mince, lisse, de couleur rouge jaunâtre, sinueux, concave en arrière sur la ligne médiane, convexe sur les côtés. Elle est réunie à l'extrémité inférieure de la base de la langue par les trois replis glosso-épiglotiques que l'on distingue d'après leur situation en médians et latéraux. Ils sont constitués chacun par un petit paquet de fibres conjonctives auxquelles viennent se mêler quelques fibres musculaires lisses. La muqueuse en se portant de la base de la langue sur la face antérieure de l'épiglotte est soulevée par ces trois replis ; il se forme donc entre eux deux dépressions appelées fossettes glosso-épiglottiques.

Les cartilages aryténoïdes surmontés des cartilages corniculés ou de Santorini sont situés à la partie postérieure des replis aryténo-épiglottiques. Ce sont de petits tubercules rouges jaunâtres, comme l'épiglotte, situés de chaque côté de la ligne médiane.

Les bandes ventriculaires appelées aussi cordes vocales supérieures ou fausses cordes vocales sont deux replis membraneux ne jouant d'ailleurs aucun rôle dans la phonation, à l'inverse des cordes vocales inférieures. Elles s'attachent en avant à la partie la plus élevée de l'angle rentrant du cartilage thyroïde, en arrière sur la face antérieure des aryhénoïdes. Elles apparaissent au laryngoscope sous la forme de deux replis horizontaux qui, partant de la face interne des replis ary-épiglottiques, s'avancent vers la ligne médiane à la rencontre l'un de l'autre. Leurs mouvements sont à peu près nuls et leur coloration d'un

rose vif tranche nettement sur la blancheur des cordes vocales vraies qui sont situées au-dessous d'elles et les débordent sur la ligne médiane. Entre les cordes vocales supérieures et les vraies cordes vocales se trouvent deux cavités qui sont les ventricules du larynx.

La muqueuse qui recouvre ces diverses parties du larynx est mince sur l'épiglotte, elle atteint une épaisseur de 150 μ sur la bande ventriculaire. Elle comprend :

1° Un épithélium cylindrique stratifié dont les cellules superficielles portent des cils vibratils qui chassent vers le pharynx les corps étrangers. Des cellules muqueuses sont interposées aux cellules vibratiles sur les deux faces de l'épiglotte, sur le bord libre de la corde vocale inférieure et un peu sur la corde vocale supérieure, l'épithélium est pavimenteux, stratifié et repose sur un derme muni de papilles ;

2° Un derme formé de tissu conjonctif ayant l'apparence du derme de la peau, aux points où l'épithélium est pavimenteux, stratifié. Ailleurs le tissu conjonctif est plus délicat et se rapproche davantage du chorion des muqueuses. Partout les fibres élastiques sont très abondantes ;

3° Des glandes en grappe sécrétant du mucus. On en trouve trois groupes principaux : sur l'épiglotte, principalement sur sa face postérieure, sur les cartilages aryténoides, et au niveau de la corde vocale inférieure où elles sont plus nombreuses.

4° Des lymphatiques, des vaisseaux et des nerfs.

En règle générale l'infiltration se développe surtout dans les parties de l'organe vocale dans lesquelles le tissu cellulaire est en plus grande abondance. Les replis aryténo-épiglottiques sont les régions qui sont le plus souvent distendues, et dans lesquelles le gonflement atteint son maximum. L'infiltration affecte presque toujours ces deux replis, mais elle est généralement plus marquée d'un côté, celui ou le pus est collecté. Par ordre de fréquence, viennent ensuite l'épiglotte puis les bandes ventriculaires. Parfois l'œdème est sous glottique et s'étend à la trachée. Les cordes vocales sont intactes.

Le volume des replis aryténo-épiglotiques est naturellement variable ; si le gonflement est peu considérable, la muqueuse qui la recouvre est rouge, mais sans ulcération ; s'il est au contraire considérable, elle est gris rosé et transparente.

Le pus contient selon les cas des streptocoques stophylocoqué ou pneumocoque. Il est jaune verdâtre et bien lié. Il est infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, et se réunit souvent en un foyer unique.

Les cartilages d'après les observations que nous avons parcourues sont absolument normaux.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes varient avec l'intensité, le siège et l'étendue de l'infiltration, bien que toutefois les cas graves ne répondent pas régulièrement à l'intensité des lésions. Nous pouvons les diviser en symptômes subjectifs et en objectifs ; ces derniers fournis par l'examen direct sont les seuls qui puissent nous donner la certitude et imposer le diagnostic. Avant l'invention du laryngoscope il était impossible de les constater. On avait bien l'exploration digitale, utilisée pour la première fois par Tuillier, mais ce mode d'examen ne permettait pas toujours de porter le diagnostic d'abcès. Seul l'examen *post mortem* pouvait permettre d'arriver au diagnostic qui restait forcément en suspens quand le malade guérissait.

Période de début. — Les prodromes de l'abcès du larynx sont en général bénins et attirent peu l'attention du malade, ou du moins ne lui font-ils pas soupçonner la gravité de l'affection dont il va être atteint. Il n'y attache souvent guère d'importance. C'est un malaise général avec une fièvre légère, 37°7, 38 degrés au plus qu'il pensera devoir se dissiper après quelque repos. Le seul symptôme

subjectif local consiste en de légers picotements, plus marqués au moment de la déglutition ; le malade pense à une grippe banale, à une laryngite légère ou à un simple rhume.

Il est rarement donné au médecin d'examiner le malade à cette période, en raison du peu de gravité des symptômes qui le font temporiser. Au laryngoscope on remarque simplement une rougeur légère, soit des replis aryténo-épiglottiques, soit de l'épiglotte ou des cordes vocales supérieures. L'examen n'est pas pénible. Les cordes vocales inférieures sont blanches comme à l'état normal.

Période d'état. — C'est là qu'apparaissent les signes d'importance capitale, la triade symptomatique *dyspnée*, *dysphagie*, *douleur*.

Il faut cependant faire tout de suite une distinction entre les abcès laryngés et les abcès péri-laryngés. Tandis que pour les premiers c'est la dyspnée qui est intense et rapidement paroxystique, pour la seconde au contraire, c'est la dysphagie qui est plus marquée ; le symptôme douleur étant constant et sensiblement égal dans les deux cas.

Signes subjectifs. — Nous venons de nommer les principaux. Examinons les à tour de rôle :

Dyspnée. — La difficulté de la respiration constitue le symptôme le plus grave du phlegmon du larynx. La gêne respiratoire peut atteinde rapidement son maximum d'intensité. Souvent le malade est pris brusquement d'une dyspnée violente, vive et angoissante, avec accès de suffocation qui rendant la marche de

la maladie foudroyante peut comme dans un cas observé par Bard en 1824 emporter le malade en quelques instants.

Mais il arrive parfois que le début soit plus insidieux ; pendant plusieurs heures, le malade ne ressent que quelque gêne à l'inspiration ; la gêne respiratoire alors peu sensible au début s'accroît progressivement pour arriver jusqu'à l'orthopnée qui s'accompagne d'accès paroxystiques pouvant amener la suffocation.

Cette dyspnée violente est caractérisée au début par une inspiration sifflante et particulièrement pénible, tandis que l'expiration est libre ou simplement un peu prolongée. Elle s'accompagne de cornage et de tirage sus-sternal. Les accès paroxystiques que détermine cette gêne respiratoire sont plus fréquents la nuit que le jour où plutôt quand le malade harassé tente de s'endormir que lorsqu'il réagit encore facilement à la fatigue.

La sténose glottique a pour conséquence de donner au poumon à chaque inspiration une quantité d'air moindre qu'à l'état normal. Pendant le jour, ou quand il est bien éveillé, le malade peut par la fréquence volontaire des mouvements respiratoires établir une compensation. Mais la nuit, ou simplement quand il s'assoupit, la volonté n'intervient plus, la respiration se ralentit et l'anoxhémie lente, qui est alors le résultat de la dyspnée, détermine un spasme des muscles respiratoires, cause des accès de suffocation. De plus le decubitus dorsal

gène les mouvements d'expansion du thorax et empêche la respiration de se faire librement. Aussi le patient paraît-il toujours dans un demi assoupissement sorte de coma vigil, résultant de sa fatigue et de l'insomnie. Il ne peut tousser, car chaque quinte de toux augmente la gêne respiratoire ; il ne peut cracher pour la même raison bien que l'inflammation concommittante des voies respiratoires rendent nécessaire la toux et le crachement.

La dysphagie est également constante ; aucun aliment, aucun liquide ne peuvent être absorbés. Les mouvements de déglutition sont extrêmement douloureux. Par suite de l'œdème de l'entonnoir laryngien qui durcit les parois habituellement molles et mobiles, les liquides que le malade tente d'avaler se trompent de route, tombent dans le larynx, provoquent la toux et augmentent la dyspnée.

La douleur peut manquer, mais rarement : sensation de brûlure au larynx (Semon), ou bien encore douleur particulièrement lancinante et vive, localisée et limitée à un côté de l'organe. Elle peut être provoquée par la mobilisation du larynx ou par la pression sur le cartilage thyroïde.

Le plus souvent les malades ressentent la sensation de corps étrangers. Ce symptôme observé par Bayle a été signalé depuis par tous les observateurs qui ont suivi. Ils comparent cette sensation à une boule qui obstrue la partie supérieure du larynx, gênant la respiration et souvent la déglutition (observation XXV). Elle leur donne parfois des envies de

vomir, souvent aussi un besoin d'avaler. « Les malades, dit Sestier, croyant pouvoir l'expulser, se livrent à chaque instant à de violents efforts d'expiration et d'expectoration ; très souvent ils portent la main à la partie supérieure du cou, et quelquefois introduisent les doigts dans le fond de la bouche pour arracher l'obstacle qui les empêche de respirer. Ce corps étranger leur semble augmenter ou diminuer de volume suivant que le mal s'aggrave ou s'amende. »

Altération de la voix. — Ce symptôme est moins capital que les précédents. La voix, en effet, est tantôt conservée, tantôt changée. Dans ce cas la parole est pénible et peu distincte.

La voix est sourde et couverte ; l'aphonie peut survenir assez rapidement. A cette altération de l'intensité, s'ajoute la raucité et l'enrouement.

Salivation. — Elle est très abondante et presque constante ; elle résulte de ce que nous avons dit précédemment au point de vue de l'absorption des liquides, et de plus la sécrétion salivaire paraît exagérée.

Odeur du pus. — Quand l'abcès s'est ouvert, le pus présente une odeur d'un caractère particulièrement fétide.

Symptomes généraux. — Ils sont excessivement variables. On peut observer de la courbature, de la céphalalgie, du malaise général, une fièvre légère, caractérisée par de petits frissons répétés. Cet état n'a rien de caractéristique ; il annonce le début du

mouvement inflammatoire qui doit produire l'infiltration. Cet état coïncide souvent avec les picotements ressentis dans la période de début. Mais ces symptômes peuvent faire absolument défaut et la maladie peut évoluer dans quelques cas bénins sans que l'état morbide fournisse, en dehors de l'examen laryngoscopique, aucun signe indiquant d'une façon certaine l'affection dont nous nous occupons.

Parfois, alors même que les phénomènes généraux sont peu marqués, les malades, en raison des accès de suffocation auxquels ils sont en proie, sont dans un état d'anxiété facile à comprendre. Elle est surtout marquée la nuit. Le sommeil est difficile, et les réveils en sursaut fréquents, par suite du besoin de respirer.

Le pouls, souple et régulier dans les moments de calme, devient frèquent, petit, inégal pendant les accès. Fréquemment alors, la surface du corps, la face en particulier est froide et couverte de sueur, surtout lors desviolents paroxysmes de dyspnée et aux derniers moments.

La coloration de la face dépend encore de la gêne respiratoire : à peu près normale, si celle-ci est peu intense, elle devient congestionnée, tuméfiée, les veines sont gonflées, les yeux injectés, les lèvres violettes quand la sténose laryngée est très grande, ou pendant les accès d'étouffement. Un aspect caractéristique de la maladie d'après Sestier, serait la

paleur plombée et terne, les lèvres seulement étant violettes.

Les symptômes généraux sont surtout accentués quand l'infiltration devient purulente. On voit la fièvre s'élever alors jusqu'à 39 et même 40 degrés. Le malade peut avoir du délire, la peau est sèche, le pouls dur et fréquent, et l'on observe tous les symptômes qui accompagnent d'ordinaire les violentes inflammations.

Cette différence dans l'intensité des phénomènes généraux correspond à deux degrés différents de la maladie. Le premier quand il y a infiltration séreuse ou abcès léger, le second quand l'infiltration est franchement purulente. Dans le premier cas il y a résorption ou mort par asphyxie ; dans le second, suppuration, ou également mort par asphyxie ou par complications pulmonaires résultant de l'écoulement du pus et de la pénétration des microbes pyogènes dans les voies respiratoires.

L'albumine que l'on rencontre souvent dans les cas graves témoigne de la gravité de la maladie. Elle n'est cependant pas constante.

Symptomes objectifs. — Les symptômes objectifs les plus importants sont fournis par l'examen direct pratiqué à l'aide du laryngoscope. Seul, en effet, cet instrument permet d'affirmer avec certitude l'existence de l'infiltration laryngée, son siège et sa nature; seul il permet de suivre pas à pas son évolution et de préciser l'instant où le praticien, laissant de côté les moyens purement médicaux, devra, dans l'intérêt

de son malade, se décider à une intervention chirurgicale.

Trousseau, dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu* craignait que cet examen ne provoquât un accès de suffocation.

Cela n'arrivera jamais si l'on agit avec prudence. Quelques auteurs qui craignaient si fort de pratiquer l'examen laryngoscopique, recommandaient l'exploration digitale. Ce mode d'examen est, selon nous, bien moins fidèle et plus dangereux ; on a plus de chance de déterminer un accès de suffocation en portant son doigt jusqu'à l'orifice supérieur du larynx qu'en introduisant au fond de la bouche un petit miroir que l'on peut et que l'on doit chauffer de manière à lui donner la température du corps et qui permet de voir le larynx sans avoir besoin pour ainsi dire de toucher les parties molles. De plus le toucher qui doit être fait très rapidement ne permet pas toujours de sentir les bourrelets d'œdème alors même qu'ils existent. On a prétendu aussi que le seul fait de tirer la langue du malade et d'introduire le miroir provoque immédiatement une dyspnée intense qui rend l'examen impossible ; nous croyons cependant que l'on peut toujours y arriver en agissant avec prudence et délicatesse.

A l'inspection le malade avons nous déjà dit présente du tirage. A l'extérieur le larynx n'a aucune lésion en règle générale ; quelquefois cependant le pharynx est enflammé.

La palpation révèle souvent l'existence de gan-

glions péri-laryngés ; elle est douloureuse. Le gonflement porte sur les ganglions situés derrière les lobes du corps thyroïde, au niveau du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée ; quelquefois la chaine sterno-mastoïdienne est prise. Le cou est immobilisé et empâté.

A l'auscultation on constate un affaiblissement du murmure respiratoire, masqué parfois par le retentissement des bruits laryngiens. Souvent à la base, il existe des râles d'œdème pulmonaire.

Le miroir nous montre le siège de l'œdème inflammatoire. Il occupe le plus souvent les bourrelets ary-épiglottiques, souvent un seul, plus rarement les deux car l'affection est unilatérale dans la plupart des cas. Cet œdème est dur et limite un étroit passage par où l'air peut pénétrer. C'est une tuméfaction rouge, tendue, plus bombée à un certain endroit où elle apparaît comme luisante. Un œil exercé doit deviner à l'examen la présence du pus avant même qu'il ait commencé à sourdre pour pouvoir y plonger au plus tôt la pointe d'un bistouri.

Parfois ce sont les aryténoïdes qui sont pris et qui présentent également la même coloration spéciale, ou bien encore les bandes ventriculaires, qui recouvrent alors, presque complètement les cordes vocales. Quand l'abcès est localisé à un seul côté, la bande ventriculaire correspondante est gonflée et peut même quelquefois dans sa partie la plus saillante toucher sa congénère. Dans ce cas l'immobilisation est presque constante dans le côté malade et ana-

logue à celle que l'on observe dans le cancer.

D'autres fois, c'est l'épiglotte qui est prise ; le pharynx peut ne présenter que quelques altérations insignifiantes, une simple rougeur de l'un ou l'autre pilier postérieur. Le laryngoscope montre, suivant le cas, une tumeur de la grosseur d'une noisette, rougeâtre ou grisâtre ou un gonflement pouvant se propager aux replis aryténo-épiglottiques.

Les cordes vocales ne sont jamais touchées par le processus inflammatoire. Masséi a cependant cité une observation dans laquelle elles seules étaient infiltrées. Mais c'était alors un œdème simple et non pas un œdème infectieux, purulent comme ceux qui nous occupent. Dans les cas de phlegmon d'une des parties quelconques du larynx, les cordes vocales ne sont pas œdématiées. Elles présentent quelquefois une simple rougeur. Leur mobilité est fréquemment troublée, et elles ne s'écartent que faiblement dans les mouvements respiratoires. Bien souvent, par suite de l'œdème, elles ne sont pas visibles au laryngoscope.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

La marche des abcès du larynx varie d'après la cause qui leur a donné naissance et surtout d'après l'état général du malade. Ordinairement rapide, évoluant comme une affection suraiguë, l'infiltration purulente de la muqueuse vocale détermine la mort en quelques heures par suffocation ; d'autres fois, la tuméfaction gagne de proche en proche et la suppuration tend à se faire jour à l'extérieur. Un abaissement soudain de la température s'effectue toujours dès l'ouverture de l'abcès.

La durée de la maladie est extrêmement variable suivant le volume du phlegmon, son siège et le degré d'infection. Dans les cas bénins les symptômes rétrocèdent rapidement, tandis que dans les cas graves il faut compter huit jours environ, et encore le malade ne peut-il être considéré comme hors de danger après ce laps de temps, à cause de la fréquence des complications.

La présence de pus septique dans les bronches, après l'ouverture de l'abcès, est susceptible de déterminer l'éclosion d'une pneumonie septique, d'une broncho-pneumonie ou d'une pleurésie purulente

souvent fatale, ou du moins toujours grave en pareil cas.

Le pronostic doit donc toujours être réservé, car si le phlegmon du larynx n'a pas la gravité fatale qu'on lui attribuait autrefois, il n'en est pas moins vrai que bien des cas de mort ont été observés.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'abcès doit être établi avec :

Les œdèmes aigus du larynx. — La douleur et la dyspnée sont souvent moins marquées. L'examen laryngoscopique montre, si l'œdème siège au niveau des replis aryténo-épiglottiques, des sortes de bourrelets lisses, translucides, analogues à des vessies de poisson (Moure). L'épiglotte est augmentée de volume.

Dans le cas d'abcès du larynx la tuméfaction n'a pas le même aspect ; elle prend une teinte jaunâtre, indice de suppuration. Un œil exercé, dit Moure, doit savoir reconnaître le pus sous la muqueuse.

L'érysipèle. — Il est exceptionnel. Le diagnostic est parfois difficile au début. La muqueuse du larynx est rouge, congestionnée ; les replis sont gonflés par l'œdème et portent de petites phlyctènes. Bien souvent, il n'est que la propagation de lésions similaires de la face et du pharynx, mais il faut savoir que l'érysipèle peut se développer primitivement sur le larynx.

Les abcès chondropatiques de la tuberculose. — La marche en est torpide ; les antécédents et l'état général du malade trancheront facilement la question.

L'asthme. — L'accès en est typique : dyspnée violente, expiration surtout pénible, mouvements respiratoires ralentis et expectoration caractéristique à la fin de la crise.

Le croup. — Généralement secondaire à une angine ou une rhinite diphtérique, mais il peut se montrer primitivement comme manifestation précoce de la maladie. La présence de fausses membranes évite toute erreur diagnostique. Du reste l'abcès du larynx est extrêmement rare chez les enfants.

La laryngite striduleuse ou faux croup débute brutalement la nuit. Elle n'est pas précédée de troubles de la voix et de la toux et ne laisse pas à sa suite de dypsnée. La toux est aboyante.

Cancer. — Allure lente ; donne aussi des troubles de la voix, des troubles respiratoires et de la douleur. Mais dans ce cas le malade n'a pas de fièvre. A l'examen laryngoscopique on remarque l'immobilisation de la corde vocale et de l'aryténoïde.

Les polypes du larynx. — Pas de phénomènes généraux. Ils peuvent se révéler par des accès de suffocation, mais ils déterminent auparavant des troubles de la voix spéciaux qui amènent le médecin à faire l'examen laryngoscopique.

L'abcès rétro-pharyngien. — Il peut exister une dyspnée permanente, avec de temps à autre des paroxysmes. L'inspection de la gorge montre une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx. Le doigt la sent et perçoit quelquefois un choc en retour.

TRAITEMENT

Le traitement des abcès du larynx doit d'abord être *symptomatique.* Il faut parer à la suffocation et à l'asphyxie qui menacent la vie du malade. Quelques chirurgiens, vu la gravité de l'affection ont proposé la trachéotomie préventive. Il ne nous semble pas que ce traitement soit le traitement de choix (obs. XVI); il faut cependant par prudence être toujours prêt à l'appliquer, mais ne pas s'effrayer trop de la dyspnée qui cesse ordinairement quarante-huit heures après le début de la maladie. Si une affection des bronches succède à l'irritation du larynx, le malade est dans de mauvaises conditions du fait de sa trachéotomie.

Le tubage qui est très douloureux doit être absolument rejeté. On a prétendu qu'il pouvait rendre de grands services, mais il est bien souvent difficile à appliquer par suite de l'étroitesse de l'espace libre ; il faut de plus éviter tout attouchement laryngé par crainte du spasme. Masséi trouve cependant que l'œdème est la lésion idéale pour le tubage car les tissus infiltrés exercent une pression sur le tube et le maintiennent sur place. On rejettera également les

scarifications qui n'évacuent pas la collection purulente et irritent simplement le larynx.

L'important est de gagner du temps ; les applications de glace ou de compresses très chaudes autour du cou sont très recommandables. Le malade pourra, dans certains cas, se trouver bien de sucer de petits morceaux de glace. L'atmosphère où il se trouve devra être légèrement humide et la température constante.

Le traitement de choix consiste en application locale d'adrénaline-cocaïne (parties égales de cocaïne à 1 o/o et de chlorhydrate d'adrénaline à 1/5000) ou de chlorhydrate d'adrénaline à 1/5000.

Grâce à la vaso-constriction et à l'analgésie due à l'adrénaline, le malade verra bientôt les symptômes dyspnéiques s'amender et même disparaître, l'œdème diminuer. L'appareil convenable pour cette application est le pulvérisateur à soufflerie avec canule coudée. C'est sous le contrôle du miroir que le jet en pluie fine est dirigé vers le larynx. Le malade est sollicité à prononcer la voyelle *é* qui ferme les lèvres de la glotte et qui par suite des vibrations des cordes assure une plus équitable répartition du liquide sur tout le larynx, en même temps qu'elle élève celui-ci et le rend plus accessible. On pourra d'abord pulvériser le voile du palais et la luette pour éviter les réflexes nauséeux, puis on promènera le jet sur la base de la langue, les deux faces de l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques et les aryténoïdes, appelant ainsi à tour de rôle sous la

canule toutes les parties constitutives du larynx.

On peut sans inconvénients renouveler ces pulvérisations plusieurs fois dans la journée et pendant la nuit dès qu'une nouvelle crise de suffocation se manifeste. L'adrénaline peut provoquer après sa phase d'action première une vaso-dilatation, mais elle ne se produit généralement qu'une heure après et d'ailleurs ce phénomène est rarement observé. Si la vaso-dilatation se produisait, on en serait quitte pour renouveler toutes les heures les pulvérisations ; ce traitement, il est vrai, serait un peu fastidieux pour le malade, mais ce léger inconvénient n'est rien à côté de la sensation de bien-être qui succède à chaque pulvérisation.

Enfin dès que l'abcès sera formé, et le pus collecté, il faudra inciser et ce le plus tôt possible. Après insensibilisation avec la cocaïne et l'adrénaline on incise sous le contrôle du miroir. Plusieurs instruments sont d'usage : par exemple le bistouri laryngien courbe à lame cachée et courte, la petite pince coupante. Il est d'ailleurs parfois difficile de voir et d'inciser l'abcès à cause du trismus réflexe qu'éprouve le malade.

En résumé, après avoir essayé les antiphlogistiques on emploira les pulvérisations d'adrénaline et on pratiquera l'ouverture de l'abcès. Ce n'est qu'en cas de suffocation extrêmement grave qu'il faudra employer la trachéotomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Dr Furet.)

Abcès du larynx consécutif à une grippe

29 janvier 1910, matin. — A la suite d'une grippe banale survenue il y a un mois, le malade a ressenti une certaine gêne de la gorge depuis une semaine environ.

A l'inspection l'on constate une tuméfaction du cou en avant du larynx et du thyroïde, plus marquée à gauche. La dysphagie est absolue la dyspnée assez prononcée.

L'amygdale gauche est un peu rouge, l'épiglotte œdématiée. Les ligaments glosso-épiglottiques gauches, sont rouges et gonflés.

Douleur modérée à la pression à gauche. Température 38°2.

Dans l'après-midi, le malade est examiné de nouveau.

Le Dr Furet cocaïnise le ligament glosso-épiglottique et ponctionne assez profondément. Aussitôt évacuation de pus épais, très fétide, 30 grammes environ, et le malade est immédiatement soulagé.

30 janvier. — Le malade a eu 39 degrés hier soir. Le

phlegmon se vide mal. Un stylet est introduit et fait sortir beaucoup de pus. L'épiglotte est dégonflée en partie. L'alimentation au moyen de liquide est possible, mais suivie d'un peu de dyspnée immédiate. L'haleine est très fétide.

31 janvier. — Le malade se sent encore gêné, mais l'aspect est bien meilleur. L'épiglotte est encore plus dégonflée qu'hier. On voit les aryténoïdes un peu tuméfiés aussi. L'abcès est presque vide. Un stylet enfoncé ne ramène que peu de pus. L'haleine n'est plus fétide. Encore 38°2 hier soir et 36°5. Alimentation plus facile.

7 février — Le malade a été très bien ; il est encore gêné depuis deux jours, surtout pour la déglutition. Bonne mine, pas de fièvre, cou très dégagé.

Léger gonflement du ligament glosso-épiglottique, de l'épiglotte, et tuméfaction œdémateuse, rouge et violacée de l'aryténoïde gauche. Une ponction pratiquée à nouveau ne donne que du sang.

9 février. — Gêne toujours la même ; aspect peu modifié avec tendance à moindre gonflement. Très bon état général.

16 février. — Même état. Il y a certainement un foyer purulent qui se vide mal. Des inhalations mentholées sont ordonnées au malade.

13 avril. — Le malade va très bien, malgré quelques sensations explicables par son état nerveux. A l'inspection on ne remarque plus aucun gonflement.

12 décembre. — Le malade va très bien objectivement, mais se plaint de gêne à la gorge.

OBSERVATION II (Inédite)

(Dr Lubet-Barbon)

Abcès latéro-laryngien droit consécutif à une grippe. — Accidents dyspnéiques. — Ouverture de l'abcès. — Violente hémorragie.

M. H..., étudiant en médecine, à la suite d'une grippe avec localisation amygdalienne, est pris de gêne très vive pour avaler, avec douleur latéralisée du côté droit.

Quand on examine l'amygdale, on ne trouve rien de particulier, et la première idée est qu'il s'agit d'amygdalite cryptique. La discision de l'amygdale, faite en recherche d'un point malade, ne change pas la situation.

Le lendemain, on s'aperçoit que la base de la langue, qui n'avait pas été examinée la veille, présente un gonflement dans l'espace glosso-épiglottique, qui paraît convexe, tandis que celui du côté droit est concave. En même temps, la voix est un peu voilée, l'épiglotte est rouge, déformée, et on voit dans la cavité du larynx, au-dessus de la bande ventriculaire, un léger gonflement.

La douleur semble s'être un peu atténuée, mais dès le soir le malade présente une certaine gêne de la respiration et la voix est plus étouffée. On ne remarque pas de gonflement extérieur du cou, mais seulement quelques ganglions des deux côtés.

Traitement. — Fumigations et enveloppement humide du cou.

Le malade devient bientôt aphone et la respiration est

très gênée. A ce moment, le larynx est tellement déformé que la tuméfaction cache les cordes vocales et empiète beaucoup sur la partie gauche.

Devant la persistance et l'augmentation progressive des accidents, on prend toutes les mesures pour pratiquer une trachéotomie. Cependant, il était bien tentant d'ouvrir l'abcès en ponctionnant la tumeur de la région glosso-épiglottique, et c'est ce qui fut fait avec un bistouri monté sur un manche coudé sous le contrôle du miroir. La lame fut enfoncée à peu près à 1 cm. 1/2. Il fut impossible de voir s'il sortait du pus, car le malade se mit à cracher du sang très abondamment. Le sang semblait aussi entrer dans les voies aériennes, déterminant de violents accès de toux avec suffocation. La situation me parut un instant très critique étant donné que le larynx était rétréci par l'infiltration et qu'il était impossible de l'immobiliser, le sang s'écoulant et amenant la toux. Néanmoins, grâce au sang-froid du malade, les accidents se calmèrent, et il put respirer à son aise.

L'examen du larynx ne fut pas pratiqué, mais à partir de ce moment la respiration devint plus aisée. Le soir, il survint une nouvelle hémorragie et, pendant quelques jours, le malade cracha fréquemment du sang.

Au bout de trois jours, l'examen pratiqué montra une plaie glosso-épiglottique obturée d'un caillot; l'intérieur du larynx était encore infiltré, mais très largement perméable, et sur la face latérale, il y avait comme une autre plaie recouverte aussi d'un caillot, comme si le bistouri avait transfixé le larynx. Naturellement, on ne chercha pas à se rendre compte plus exactement de l'état des parties. Le

malade resta très pâle et très exsangue pendant quelque temps, d'autant plus qu'à la perte de sang s'ajouta comme cause d'anémie la diète que la crainte d'une nouvelle hémorragie fit établir.

OBSERVATION III (Résumée)

(Salis-Cohen, *in Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, 1886.)

Deux cas d'œdème traumatique unilatéral de la glotte

Il s'agissait dans ces deux cas d'un corps étranger du larynx. Dans un cas, on put l'enlever avec le doigt. Dans le second cas, on ne put le trouver. La blessure de l'épiglotte qui, chaque fois, fut le résultat du traumatisme, eut vite pour conséquence l'œdème de l'épiglotte avec tous ses symptômes dyspnée, dysphagie, etc... Les scarifications firent promptement céder ces phénomènes alarmants. A l'examen laryngoscopique l'œdème était peu marqué ; la dyspnée paraissait en disproportion avec le peu de lésions. Elle était due au spasme des adducteurs.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Cartaz, *in Rev. de Laryngol.*, n° 12, 1893.)

Œdème laryngé d'origine grippale

Un palefrenier, d'une bonne santé habituelle, est pris des symptômes de la grippe, qui règne épidémiquement à ce moment. Il est admis à l'hôpital Necker parce qu'il éprouve

une gêne respiratoire assez marquée, avec sensation de constriction au cou et voix un peu voilée. L'inspiration est pénible, sifflante, s'accompagne d'un léger tirage. L'expiration est assez libre. Au laryngoscope, on voit de la rougeur et du gonflement de toute la muqueuse, avec la bande ventriculaire gauche formant un bourrelet volumineux qui masque en partie les cordes. Pendant vingt-quatre heures le tirage fait craindre la trachéotomie. Le traitement a consisté en sangsues placées au-devant du larynx et dans la médication de la grippe. Guérison en quelques jours.

OBSERVATION V (Résumée)

(Cartaz, *in Revue de Laryngologie*, 1893.)

Œdème laryngé d'origine grippale

Femme âgée de trente-six ans ; entre à l'hôpital pour une grippe ayant déterminé des accidents identiques (observation précédente): inspiration pénible et bruyante, expiration facile, voix à peu près normale. Au laryngoscope, on voit une épiglotte rouge sans tuméfaction, mais une infiltration énorme de l'aryténoïde gauche qui atteint le volume d'une petite noix. Sangsues, compresses froides, etc... Guérison en quelques jours.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Oulmont. — *Médecine moderne*, 1890.)

Œdème aigu du larynx par refroidissement. Trachéotomie. — Guérison

Homme adulte, ébéniste, est amené à l'hôpital Tenon en état d'asphyxie et trachéotomisé d'urgence. Cet homme est

descendu dans une cave étant en sueur, s'est refroidi brusquement et a été pris presque aussitôt de frissons et de dysphagie légère. Le lendemain, le mal de gorge augmente et le malade éprouve de la dyspnée qui va rapidement en croissant et nécessite son transport à l'hôpital.

Après la trachéotomie, le malade se rétablit rapidement, sa température qui était de 40 degrés descend à 38 degrés. La laryngoscopie est pratiquée trois jours après l'opération. Elle montre une épiglotte rouge et œdémateuse. Les replis ary-épiglottiques sont également rouges et tuméfiés. La canule est retirée le neuvième jour, et au bout de trois semaines le larynx est normal.

Il s'agissait d'un homme bien portant et sans aucune tare pathologique.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Goix. — Thèse de Paris, 1882).

Abcès laryngien primitif. — Trachéotomie. — Mort

Malade âgé de vingt-quatre ans, entre le 7 juin 1881 dans le service de M. le professeur Jaccoud. Garçon robuste. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il s'est refroidi brusquement en travaillant dans une cave, et a été pris rapidement d'accidents de plus en plus graves: enrouement, respiration bruyante et difficile, accès de suffocation, etc...

Actuellement le malade présente tous les signes d'un œdème de la glotte des plus prononcés. La respiration est longue, pénible, et fait entendre un ronflement respiratoire

rauque et prolongé, tandis qu'à l'expiration le bruit laryngé est plus sourd et moins bruyant.

La voix est rauque, étouffée, peu distincte. La toux présente les mêmes caractères.

La pression sur les parois antérieures et latérales du larynx est douloureuse ; toute la région est empâtée. La déglutition est pénible pour les liquides, presque impossible pour les solides. L'examen de la gorge est négatif et ne montre ni rougeur, ni gonflement normal. La face est pâle, couverte de sueur.

Les lèvres sont violacées ; léger tirage sus-sternal ; pas de tirage épigastrique.

Température axillaire 39° 1 le matin, 39° 6 le soir. Application locale de glace.

7 juin soir. — Respiration plus bruyante et plus pénible que le matin. Le malade s'agite dans son lit, parle tout haut, dans une sorte de demi-délire qui disparaît cependant dès qu'on l'interroge. A 8 heures du soir, survient un violent accès de suffocation qui nécessite la trachéotomie.

8 juin. — Malade agité toute la nuit. Toute la région antéro-supérieure du cou est douloureuse, beaucoup plus tuméfiée que la veille, à ce point que la dépression sous-maxillaire est effacée. Au niveau et sur le côté de l'os hyoïde, on sent par la palpation de gros ganglions peu mobiles et douloureux. Rejet abondant de mucosités purulentes par la canule.

Température 39 degrés le matin, 39° 8 le soir.

9 juin. — L'état est de plus en plus grave ; le gonflement de la partie supérieure du cou a encore augmenté. Respira-

tion stridente, précipitée. Face altérée et couverte de sueurs. Température 39°2 le soir.

Mort à 7 heures du soir le cinquième jour de la maladie.

Fait important à noter, le malade a eu même après la trachéotomie plusieurs accès de suffocation. Il a succombé quelque temps après un de ces paroxysmes, alors que la respiration semblait s'être rétablie.

Autopsie, — L'épiglotte a conservé sa forme, mais sur sa face antérieure, les fossettes glosso-épiglottiques ont disparu, effacés par un boursoufflement très prononcé de la muqueuse, qui est colorée en rouge vif. On trouve en plus une collection purulente sous chacune des gouttières latérales.

OBSERVATION VII

(M. Lubet-Barbon. — *Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*, 1901.)

Jeune homme, se présente dans la soirée du 29 avril à l'hôpital Cochin avec une gêne respiratoire telle qu'il est trachéotomisé d'urgence. Il raconte que ces accidents n'ont précédé que de quelques heures sa venue à l'hôpital.

20 avril. — Le Dr Netter, dans le service duquel il est, examine le pus qui sort par la canule et trouve du pneumocoque et du staphylocoque doré (culture).

29 avril. — J'ouvre un abcès du larynx situé dans le repli glosso-épiglottique droit ; il sort du pus crémeux. L'examen microscopique de ce pus montre des cocci en grappes restant

colorés par le Gramm; la culture donne un développement exclusif de staphylococcus pyogènes aureus. Il s'agissait d'un abcès à staphylocoques; la présence du pneumocoque dans le pus de la canule n'avait rien de contraire à cette constatation : les pneumocoques venaient du mucus buccal ou bronchique. Le malade fut décanulé, quitta l'hôpital guéri, et le Dr Netter l'a revu ultérieurement en parfaite santé.

OBSERVATION IX

(Prieur et Claoué. — Société française de laryngologie, mai 1899).

Phlegmon laryngien streptococcique

Cette observation concerne un soldat qui, brusquement fut pris d'un violent frisson et de dysphagie. A l'examen, on constata de la congestion du pharynx, un œdème dur et violacé de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, surtout du côté droit; les bandes ventriculaires sont peu gonflées. Rien autre, les organes splanchniques sont sains. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Le lendemain, le malade est admis à l'hôpital. Il est dyspnéique, et devant l'aggravation de ce symptôme, on se prépare, le soir, à faire la trachéotomie ; mais le malade meurt sans avoir présenté d'accès de suffocation, sous les yeux des médecins.

A l'autopsie. — On trouve un œdème purulent de l'épiglotte, des reglis ary-épiglottiques ; le pus recueilli fournit des cultvres pures de streptocoques. Les auteurs concluent à une mort subite indépendante de la dyspnée.

OBSERVATION X

(Josserand. — *Province médicale*, 16 août 1890.)

Abcès rétro-laryngé aigu à pneumocoques compliqué de pneumonie

Femme de quarante ans qui, au milieu d'une santé excellente, est prise subitement d'une dyspnée vive s'accompagnant de tirage et de cornage. Le laryngoscope montre une rougeur diffuse de pharynx ; les cartilages aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques sont tuméfiés, au point que l'orifice du larynx est réduit à une fente linéaire. On prescrit un traitement approprié. Le lendemain, la dyspnée a diminué, en même temps qu'est apparue une tuméfaction sur la partie latérale gauche du cou. Le miroir montre que l'œdème laryngien a diminué et qu'il y a du pus dans le larynx. Vingt-quatre heures après, expectoration abondante de pus où l'on trouve des pneumocoques. La malade a fait consécutivement une pneumonie gauche et un abcès pelvien à pneumocoques qui s'est évacué par le vagin. Guérison.

OBSERVATION XI

(Artaud. — *Revue thérapeutique du Midi*, 1859. — Thèse de Janicot. Paris, 1879, observation XXIV.)

Laryngite. — Spasme de la glotte. — Abcès

Enfant âgé de six ans. Le 21 mai 1859, il se sent indisposé ; gêne légère à la respiration. Toux, inappétence.

24 mai. — A minuit, violent accès de suffocation. A mon arrivée le calme est revenu ; d'après le narré que firent les parents, je crus à un spasme de la glotte.

26 mai. — La respiration est très gênée, la toux fréquente et la voix extrêmement rauque ; au reste pas de fièvre.

30 mai. — Au matin la suffocation augmenta, la voix s'éteignit tout à fait, la toux devint continuelle ; la fièvre s'alluma. Trachéotomie repoussée par les parents.

Mort dans la soirée.

Autopsie. — La région des cordes vocales supérieures est trouvée rouge et tuméfiée. Dans la région sous-glottique, un abcès de la grosseur d'une noisette existe sous la muqueuse. Le pus qui en sort est très homogène et bien lié.

Toute la muqueuse de la région postérieure du larynx était fortement enflammée : plaques très rouges, ramollissement, etc., s'étendant jusque sur la muqueuse trachéale.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Trousseau. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1861.— Janicot. Thèse de Paris, obs. XXVIII.)

Variole confluente. — Convalescence. — Symptômes d'œdème de la glotte

Malade en convalescence d'une variole confluente est atteint d'une bronchite aiguë. Bientôt apparaissent les symptômes d'œdème de la glotte et le malade meurt rapidement.

Autopsie. — Œdème inflammatoire des replis aryténo-épiglottiques ; abcès gros comme un œuf de pigeon.

OBSERVATION XIII

(Janicot. — Thèse de Paris, obs. XXX.)

Fièvre typhoïde. — Convalescence.— Abcès du larynx et nécrose de l'aryténoïde gauche

Marie M..., vingt-sept ans, en convalescence d'une fièvre typhoïde, a la respiration pénible, la voix rauque et basse ; douleur vive du côté du larynx. La dyspnée va en augmentant et la malade meurt dans un accès de suffocation.

Autopsie. — Le bord droit de la glotte est épaissi, allongé, infiltré de sérosité. La muqueuse de l'intérieur du larynx est saine ; à gauche ulcération formant l'ouverture d'un abcès qui communique avec un foyer purulent dans lequel baigne le cartilage aryténoïde gauche. Ce cartilage un peu nécrosé a une coloration brunâtre ; le reste des cartilages est dans l'état normal.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Hope. — *Med. Record.*, 1835.)

Œdème aigu de l'épiglotte. — Dyspnée. — Trachéotomie

Un homme bien portant est pris brusquement, sans cause, comme de dyspnée violente avec accès de suffocation. On examine son larynx et l'on voit un œdème marqué des replis ary-épiglottiques. Pendant l'examen, survient un violent spasme qui nécessite la trachéotomie immédiate. L'examen

du larynx pratiqué, après l'opération montre que l'épiglotte est aussi très tuméfiée. La guérison est survenue en quatre jours et il a été impossible de trouver la cause des accidents.

OBSERVATION XV (résumée)

(Damieno. — *Archiv. ital. di laryngol.*, 1898.)

Sténose foudroyante du larynx par œdème aigu

Début brusque en pleine santé, après une promenade au bord de la mer. Le malade, un homme adulte, est en proie à une violente dyspnée qui nécessite le tubage. Au cours de cette intervention, il est facile de se rendre compte que le larynx est œdématié : on sent l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques transformés en une masse molle énorme. Vingt-quatre heures après, le malade est hors de danger. Guérison.

OBSERVATION XVI

(Dr Lubet-Barbon.)

Abcès du larynx. — Ouverture. — Guérison

N..., soixante ans, a été pris, en rentrant chez lui, le soir, venant d'une réunion d'amis, de toux, avec sensation de gêne dans le pharynx. Le lendemain, la dyspnée est assez intense pour que le médecin traitant fasse venir en consultation un médecin de nos confrères. Celui-ci ne trouve aucune localisation pulmonaire, rien d'apparent dans le

pharynx, et il demande l'examen laryngoscopique, pensant que la dyspnée est d'origine laryngée.

Je vois le malade le lendemain (troisième jour de la maladie); je trouve un homme gros, respirant péniblement, les coudes appuyés sur la table, n'ayant pas dormi depuis trente-six heures, mais à demi-somnolent, et ne trouvant, pour se reposer un instant, que de se faire tenir la tête par les gens de son entourage. Ainsi, la tête étant fixée, et le cou ne se pliant pas, il pouvait goûter un demi-sommeil coupé, par la toux et l'asphyxie croissante, de réveils en sursaut et d'accès de suffocation.

Les yeux sont injectés de sang, la face est violacée, la langue est sèche, et il répond avec peine et sans lucidité aux questions qu'on lui pose.

Au dire du médecin, la dyspnée est allée en croissant jusqu'à quelques heures avant notre arrivée; depuis, elle est stationnaire. L'inspiration est sifflante, il y a du tirage sus-sternal; l'explication est pénible et prolongée.

La dysphagie est intense, et telle que le malade ne peut avaler sa salive qu'il laisse couler en dehors de la bouche,

Au laryngoscope, on voit un gonflement œdémateux qui siège sur le côté droit de l'orifice laryngé, dans les replis aryténo-épiglottiques et glosso-épiglottiques. L'épiglotte est repoussée en dedans et comme pliée, de telle sorte que sa moitié droite recouvre à peu près complétement l'orifice du larynx et ne permet pas de voir l'intérieur de la cavité.

Après cocaïnisation, je plonge dans l'angle glosso-épiglottique et parallèlement à l'épiglotte un bistouri recourbé. Il sort une assez grande quantité de sang, mais je ne puis constater le pus. Comme le malade habite hors Paris, par

conséquent, la surveillance est difficile. Je discute pendant longtemps l'opportunité d'une trachéotomie, et je me décide à ne pas la tenter, parce que, entre temps, la respiration s'améliore et le malade peut parler et avaler. Cependant une nouvelle inspection du larynx ne me montre aucun changement dans l'état des parties. J'institue le traitement par les fumigations, poudre de morphine, etc... Je revois le malade deux jours après. Les symptômes ont été en s'améliorant dans les heures qui ont suivi mon intervention ; le malade est encore légèrement aphone, mais il avale facilement et l'inspiration seule est encore comme humée. L'état général s'est amélioré. Il y a encore du gonflement, et l'épiglotte a conservé sa plicature au-dessus de l'orifice laryngien. Trois jours après, le malade reprend ses occupations ; il est aujourd'hui parfaitement guéri.

OBSERVATION XVII

(Dr Lubet-Barbon. — *Bulletins et Mémoires de la Société française d'Oto-Rhino Laryngologie.)*

Abcès du larynx a frigore. — *Incision. — Guérison*

Homme de cinquante-cinq ans. Est pris brusquement en sortant du Hammam d'une sensation de corps étranger dans la gorge, du côté droit, qui le fait tousser toute la soirée. Le lendemain dans la matinée, il commence à éprouver une certaine gêne respiratoire, avec voix étouffée et dysphagie. Les phénomènes de tirage augmentent très rapidement et je suis appelé par son médecin qui craint que la trachéotomie

ne soit bientôt nécessaire. A 9 heures du soir, je trouve le malade anxieux, avec de la dyspnée inspiratoire et une expiration bruyante et prolongée. Le cou est souple, non douloureux, la langue se laisse facilement déprimer.

A l'examen laryngoscopique, on voit une rougeur marquée siégeant dans la région glosso-épiglottique droite ; la bande ventriculaire du même côté est tuméfiée et recouvre la corde vocale. Le côté gauche paraît sain.

Je conseille des fumigations et fais tout préparer pour une trachéotomie qui me paraît imminente. Le lendemain, la dyspnée n'a pas augmenté en proportion du gonflement. La bande ventriculaire touche sa congénère du côté opposé, et remplit comme un hémisphère la cavité du larynx, laissant en avant et en arrière deux segments, comme deux petites glottes, par où se fait la respiration.

Après cocaïnisation, j'enfonce dans la fossette glosso-épiglottique droite un bistouri à larynx, et je trouve du pus sur la lame du bistouri. Le soir, le gonflement intra-laryngien est considérablement diminué et le malade me paraît hors de danger. Les fumigations et les pulvérisations sont continuées, et la guérison survient quelques jours après.

OBSERVATION XVIII

(M. Moll, IV^e^ réunion annuelle de la Société belge d'Oto-Rhino-Laryngologie, juin 1893.)

A propos des abcès du larynx

Homme robuste, présente de l'enrouement depuis trois jours, sans douleur ni dyspnée. Au laryngoscope, on

voit un œdème assez marqué du cartilage aryténoïde droit ; infiltration légère et immobilité absolue de la corde vocale droite. Au bout de quelques jours, un abcès s'ouvre au niveau de l'apophyse vocale, et les phénomènes disparaissent, sauf la rougeur de la corde. Quelques jours après, grippe et pneumonie. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(Mac-Donald. — *The Lancet*, 24 septembre 1887.)

Abcès intra-laryngé idiopathique

Homme de quarante ans, éprouve une sensation de corps étranger dans la gorge et de la dyspnée en gravissant un escalier. Le miroir montre une sténose due à la congestion, et de l'œdème de la corde gauche ; œdème sous-glottique du même côté ; espace interaryténoïdien également tuméfié. La corde droite est fixée en position cadavérique. Bientôt le gonflement s'accentue et la bande ventriculaire droite s'infiltre. La dyspnée devient intense. Une incision est faite au bistouri de Mackenzie et donne issue à une grande quantité de pus crémeux.

Guérison en quelques jours.

OBSERVATION XX

(Florent. — Société clinique de Paris, 1885.)

Laryngite aiguë suppurée. — Trachéotomie. — Mort

Un artiste dramatique surmené est pris brusquement d'une douleur violente dans la gorge, avec dyspnée croissante,

aphonie et point de côté. Il est trachéotomisé d'urgence à son arrivée à l'hôpital, en raison de son état d'asphyxie. L'opération n'apporte pas un soulagement notable au malade, dont l'état général s'aggrave, et qui succombe vingt-quatre heures après.

Autopsie. — Infiltration purulente de toute la muqueuse du larynx, surtout au niveau des replis ary-épiglottiques, des cordes vocales inférieures et supérieures. Cette infiltration ne dépasse pas le larynx. Pneumocoques dans le pus (Cornil). Plèvre droite pleine de pus.

OBSERVATION XXI

(Dr Lubet-Barbon. — *Bulletins et Mémoires de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie.*)

Homme de trente-cinq ans. A la suite d'un coup de froid, est pris de toux, avec gêne respiratoire très intense et tirage sus-sternal très marqué. Le malade est aphone.

Au laryngoscope, on voit une rougeur intense de toute la muqueuse laryngée, qui est gonflée d'une façon uniforme. Comme le malade est très oppressé, que l'examen laryngoscopique est très difficile et provoque presque des accès de suffocation, il m'est impossible de le faire complètement et de localyser la lésion.

La situation est assez menaçante pour que je laisse auprès du malade le Dr S..., pour faire la trachéotomie en cas d'urgence. Je conseille les fumigations, l'enveloppement humide du cou. Deux jours après, tout danger est écarté ; la respiration est normale et la lumière du larynx parfaitement rétablie.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. — *Annales des Maladies du larynx*, 1885.)

Abcès rétro-laryngé aigu primitif avec pneumonie double. Trachéotomie. — Mort

Homme de quarante-cinq ans. Début de l'affection il y a trois jours : chatouillement de la gorge, cuisson au niveau du larynx, raucité de la voix. Bientôt les mouvements de déglutition devinrent douloureux. Le malade eut quelques frissons.

11 janvier. — Troisième jour, début de la gêne respiratoire. Le malade se fait transporter à l'Hôtel-Dieu. Il suffoquait, était très cyanosé. Bruit laryngien intense. Nuit agitée.

Examen laryngoscopique. — Le malade se laisse assez bien examiner.

Pharynx rouge foncé, pas de gonflement inflammatoire. Rien du côté des amygdales.

Larynx : rougeur inflammatoire générale. Il y a un aplatissement transversal de la partie située au-dessus des cordes. Le rebord de l'épiglotte forme un bourrelet arrondi mais sans ulcération. Les replis aryténo-épiglottiques arrivent en contact au-dessus des aryténoïdes et sont gonflés à ce niveau. Les cordes sont légèrement rougeâtres. Voix rauque, tirage. On pense à une collection purulente localisée principalement sur la face externe de la partie supérieure du

larynx, au niveau de la gouttière latérale. On place sept sangsues sur la partie antérieure du cou. Gargarismes.

Le soir, même état ; dysphagie extrême ; léger délire.

13 janvier. — Le malade dans plusieurs accès de toux spasmodique rejette une petite quantité de liquide, dans laquelle on constate une teinte louche, grisâtre, qui dénote que le foyer purulent s'est ouvert.

Auscultation. — Base gauche, foyer d'hépatisation.

Examen laryngoscopique. — L'œdème a diminué ; les cordes vocales ne sont pas très rouges mais sont couvertes de pus dans les efforts de phonation. La déglutition des liquides est impossible. Température 39°5. Dyspnée.

Entre 4 et 5 heures du soir, l'asphyxie devient très marquée ; on fait la trachéotomie à la dernière extrémité. Le malade respire mais ne parvient pas à reprendre connaissance. Il meurt à 11 heures du soir.

Autopsie. — Larynx : muqueuse gonflée. Pus à l'intérieur du larynx surtout dans le ventricule droit. Tache grisâtre sur la face externe de l'aryténoïde droit ; on l'incise et on tombe sur un tissu infiltré de pus.

Poumon : à droite pneumonie récente. A gauche pneumonie franche également. Elles occupent tous deux plus de la moitié inférieure des poumons.

OBSERVATION XXIII

(M. Dorange. — *Arch. de Méd. mil.*, 1888)

Laryngite œdémateuse. — Trachéotomie. — Pneumonie récidivante

L..., réserviste au 10e escadron du train, homme vigoureux, âgé de vingt-huit ans, sans antécédents morbides, se

présente à la visite le 18 février 1888, se plaignant d'être enrhumé et fatigué depuis deux jours.

Le malade paraît en effet très abattu, la voix est couverte. Petite toux sèche. A l'examen de la gorge, nous trouvons le pharynx d'un rouge vif. Le voile du palais et la luette sont également rouges et un peu tuméfiés. Quelques râles disséminés dans la poitrine des deux côtés.

Le 19, le malade a de la fièvre. La toux est plus fréquente, la voix presque éteinte. Il entre d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de laryngo-bronchite.

La nuit du 19 au 20 est mauvaise ; le malade a été très agité et a eu deux accès d'oppression ; nous sommes appelé le 20 avant l'heure habituelle de la visite. Nous le trouvons assis sur le lit, le visage décomposé, couvert de sueur et d'une grande pâleur, les lèvres cyanosées ; il ne peut plus parler.

Il nous indique qu'il étouffe en portant la main au niveau du larynx. La respiration gênée au plus haut degré fait entendre dans les mouvements d'inspiration un sifflement laryngé. L'expiration qui est très complète paraît cependant moins difficile. A l'auscultation, on constate que l'air n'arrive presque plus aux poumons. L'insensibilité est presque absolue et le pouls petit et fréquent. La mort par asphyxie est imminente. L'indication est formelle et nous pratiquons immédiatement la trachéotomie. La durée de l'opération fut très courte, l'hémorragie peu abondante ; l'opéré rejette seulement un peu de sang par la bouche. Il n'avait éprouvé aucune douleur, nous dit-il plus tard. Le soulagement fut immédiat.

Les suites de l'opération furent d'abord simples. La respi-

ration diminua de fréquence pour revenir à son chiffre normal ; le murmure vésiculaire aboli avant l'opération, reparut avec une expectoration catarrhale abondante. Le thermomètre se maintient les deux premiers jours à 39 degrés, atteignit 40 degrés le troisième jour, puis tomba à 38°5 le quatrième jour pour aller ainsi en déclinant. Le jour de l'opération, il y eut dans la soirée un fort accès de suffocation ; le lendemain, nouvel accès, mais moins fort que la veille.

Il n'y eut jamais d'albumine dans les urines. L'état général de l'opéré devenait meilleur de jour en jour.

24 février. — Quatre jours après la trachéotomie, nous enlevâmes la canule. Il ne se produisit pas de dyspnée, mais la température s'éleva de nouveau pendant quelques jours, atteignant 39°5 le 25 février, 40 degrés le 26 pour tomber progressivement à 37°5 le 28. La plaie opératoire était aussi belle que possible, mais l'auscultation révélait l'existence de gros râles de bronchite, et l'expectoration sortait plus abondante.

1er mars. — On constate l'existence d'une pneumonie ; le malade a été pris dans la nuit d'un violent point de côté au-dessus du sein gauche avec 40 degrés de température. Au moment de la visite, le pouls était à 120, la respiration fréquente, les joues colorées. A l'auscultation, on trouve au niveau de la pointe de l'omoplate un foyer de râles fins et un souffle intense ; matité correspondante. Pendant neuf jours le malade reste dans une situation grave : la température axillaire se maintenant constamment au-dessus de 40 degrés et le délire étant continu. Traitement par l'alcool et le sulfate de quinine à haute dose; ventouses sèches en grand nombre.

9 mars. — Il ne restait plus que des signes de bronchite. L'état général s'améliorait sensiblement chaque jour. La plaie opératoire se ferme le 15 mars, soit vingt-cinq jours après la trachéotomie.

Nous touchions à un rétablissement complet quand, le 23 mars, une seconde pneumonie se déclare, évoluant au même point et de la même façon que la précédente. La période d'état dura huit jours. Le malade sortit le 5 avril guéri.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Observation XIII du mémoire de Lemon.)

Inflammation aiguë œdémateuse de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et des aryténoïdes. — Abcès sur l'aryténoïde gauche. — Empâtement du cou. — Pleurésie double. — Délire. — Tentative de suicide. — Mort.

Homme de trente-sept ans, qui, depuis deux jours, avait une dysphagie très prononcée. Le premier jour, frisson violent. Le 15 mai il entre à l'hôpital, sa voix est rauque, la toux fréquente.

Examen laryngoscopique. — Pharynx normal. Épiglotte légèrement rouge et tuméfiée. Aryténoïdes et replis aryténo-épiglottiques très tuméfiés, très rouges. Cordes vocales légèrement rouges. Leur motilité est altérée. Le larynx renferme beaucoup de muco-pus.

Œdème inflammatoire s'étendant de la mâchoire inférieure à la clavicule sur la moitié droite du cou. Température 40 degrés.

Deux heures après son entrée, trachéotomie. Incision du phlegmon cervical qui ne donne que de la sérosité.

Par sa canule, le malade expectore les douze heures suivantes un peu de pus liquide de couleur sombre.

11 mai. — A l'examen, on voit qu'un abcès siégeant sur l'aryténoïde gauche s'est ouvert. La tuméfaction du larynx a diminué. Les cordes vocales sont visibles. Leur locomotion est normale.

12 mai. — Température 40 degrés ; le malade délire ; on trouve une pleurésie droite. Le malade tente de se suicider en se frappant avec des ciseaux : il est dans un délire furieux. La mort arrive presque subitement à minuit.

Autopsie. — Couche fibrineuse sur les lobes inférieurs des deux poumons et sur les plèvres correspondantes. Congestion des deux poumons. Rate grosse.

Larynx : petit abcès à l'extrémité postérieure du repli aryténo-épiglottique droit Muqueuse laryngée rouge, tuméfiée, recouverte de muco-pus. Beaucoup de mucus dans la trachée et les bronches.

Cultures avec sécrétions de la plaie trachéale ; on trouve des staphylocoques.

OBSERVATION XXV

(Dr Rabère. — *Journal de Médecine de Bordeaux.*)

Œdème de la glotte aigu et primitif chez un homme de soixante-deux ans. — Mort

M. V..., âgé de soixante-deux ans, est d'une bonne santé habituelle ; il n'a pas eu la syphilis, n'a jamais rien éprouvé

du côté du larynx ni du pharynx. Vigoureux pour son âge, il ne fait d'excès que de tabac à fumer.

6 avril. — Après avoir travaillé dans son jardin, il sent quelques petits frissons, auxquels il n'attache aucune importance ; il dort parfaitement dans la nuit du 6 au 7.

7 avril. — Il s'aperçoit qu'il est un peu enroué et qu'il éprouve une certaine gêne dans la déglutition ; il mange cependant avec appétit, n'a pas de fièvre et passe une très bonne nuit.

Le 8 au matin, l'enrouement a augmenté, la gêne dans la déglutition est plus forte et se fait sentir principalement quand il s'agit d'avaler des aliments solides ; il lui semble qu'il a au fond de la gorge un obstacle qui l'incommode sans cesse Il a également une légère difficulté pour respirer. L'appétit est conservé, et le soir vers 9 heures, M. V... se couche parfaitement tranquille.

A 11 heures il est subitement réveillé par un accès de suffocation ; il se lève, court à la fenêtre, avale un verre d'eau froide, mais sans ressentir la moindre amélioration. Le Dr L..., mandé en toute hâte, arrive aussitôt ; la respiration est des plus pénibles, l'aspiration est sifflante et très difficile, l'expiration au contraire est calme et silencieuse. Le malade est très agité, inquiet, le visage pâle ; de temps en temps, il fait des efforts de toux, comme pour chasser au dehors l'obstacle qui le gêne ; il sent bien qu'il a quelque chose au cou qui l'étouffe : la voix est enrouée. En examinant la gorge, on trouve une coloration normale ; on ne découvre rien ni sur le voile du palais, ni sur les amygdales, ni sur le pharynx. En introduisant le doigt profondément jusqu'au larynx, on sent les replis aryténo-épiglottiques plus

volumineux qu'à l'état normal et très indurés. L'exploration est nécessairement rapide, et les résultats obtenus n'ont pas la netteté désirable. La pression à la partie antérieure du cou est douloureuse. L'auscultation nous révèle un affaiblissement très marqué du murmure respiratoire. Les extrémités sont froides. Le Dr L... porte le diagnostic d'œdème de la glotte et prescrit le traitement suivant : compresses d'eau chaude fréquemment renouvelées au-devant du cou ; pédiluves et maniluves fortement sinapisés. Détails à noter : le malade ne sent que faiblement l'action irritante de la moutarde ; vomitif avec 1 gramme d'ipéca et 0 gr. 05 de tartre stibié en deux paquets.

Au bout d'un quart d'heure, le vomitif n'a pas encore produit son effet, mais la respiration semble plus facile. Le Dr L... essaie avec le doigt de provoquer le vomissement et en même temps, avec l'ongle, de déchirer les bourrelets œdémateux, mais sans résultats. Dix sangsues sont appliquées au-devant du cou. M. V... respire plus librement, mais il sent toujours le même obstacle au fond de la gorge. Vers 2 h. 1/2 nouvel accès de suffocation, en présence du Dr L..., qui n'avait pas quitté le malade ; cet accès dure dix minutes.

Le Dr L..., décidé à pratiquer la trachéotomie, envoie chercher le Dr Rabère pour l'aider dans cette opération.

Nous voyons ensemble le malade le 9 avril à 7 heures du matin. Depuis le dernier accès de suffocation, c'est-à-dire depuis 3 heures de la nuit, il y a eu un peu d'amélioration ; mais nous constatons les mêmes signes que la veille au soir : inspiration très pénible et sifflante, expiration silencieuse, absence presque complète du murmure respiratoire,

et mêmes signes locaux constatés par le doigt du côté du larynx. Devant l'apaisement des symptômes, et notamment de la dyspnée, nous ajournons la trachéotomie, mais sans en écarter l'idée ; et afin de nous mettre autant que possible à l'abri de toute surprise, nous prescrivons le traitement suivant : 20 grammes d'eau-de-vie allemande, inhalations et repos absolu.

Dans la journée du 9 avril, le Dr L... revoit le malade à plusieurs reprises. La purgation produit deux selles liquides. M. V... se sent mieux, respire plus facilement et se trouve moins incommodé par l'obstacle qu'il accuse au fond de la gorge.

Néanmoins, deux vésicatoires sont appliqués aux membres inférieurs. Le soir M V... est installé dans un fauteuil dans un appartement à température douce avec recommandation de ne pas se coucher, et de garder le repos le plus complet. La nuit est très calme.

10 avril. — Au matin à 7 heures, M. M... se trouvant mieux passé dans un autre appartement, et tout à coup il survient un accès de suffocation qui emporte le malade en quelques minutes, sans que le Dr L... ait eu le temps d'arriver près de lui.

CONCLUSIONS

Les observations d'abcès du larynx sont rares :

I. — En tenant compte des 25 observations bien prises, nous avons trouvé que la grippe (obs. I, II, IV, V, XXIII, soit 5 fois), le traumatisme (obs. III) prédisposent à l'infection du larynx. La cause médiate la plus évidente est le refroidissement (obs. VI, VII, XXI) ; elle est parfois inconnue (obs. XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII, XXIV, XXV, soit 10 cas). Les fièvres éruptives (obs. XII, XIII) bien soignées ne peuvent être incriminées dans l'étiologie des abcès du larynx. Les microbes sont le pneumocoque (obs. VIII, X), le streptocoque (obs. IX) et le staphylocoque (obs. VIII).

II. — Les symptômes capitaux sont la dyspnée, la douleur, la dysphagie.

III. — Le diagnostic est relativement facile à établir.

IV. — Le pronostic est grave, souvent mortel.

V. — Le traitement de choix consiste en applica-

tions locales de chlorhydrate d'adrénaline, en l'ouverture précoce de l'abcès. La trachéotomie ne doit être tentée que si les moyens précédents n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Vu : le Président de la thèse,
ROGER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBIOGRAPHIE

Miller. — Mémoire sur la laryngite purulente. Thèse de Paris, 1832.

Sestier. — Traité de l'angine œdémateuse. Paris, 1852.

Bard. — Angine laryngée œdémateuse chez une jeune fille (Arch. gén. de Méd. 1869).

Janicot. — Abcès du larynx. Thèse de Paris, 1879.

Goix. — Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse. Thèse de Paris, 1882.

Moure. — Recueil clinique sur les maladies du larynx. Paris, 1884.

Charazac. — Étude sur l'œdème aigu du larynx. Thèse de Bordeaux, 1885.

Garel. — Abcès laryngé aigu primitif avec pneumonie double (Ann. des Mal. de l'oreille, 1885).

Mac-Donald (G.). — Deux Cas d'abcès intra-laryngés idiopathiques (The Lancet, 24 sept. 1887).

Sokolowski. — Laryngite phlegmoneuse ou sous-muqueuse (Journal of. Laryng. and Rhinol., 1889).

Josserand. — Abcès rétro-laryngien à pneumocoques, compliqué de pneumonie (Provence méd., 1890).

Merklen. — Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx (Bulletin Soc. méd. des hôpit., 1890).

Mandelstamm. — Contribution à l'étude des abcès rétro-laryngés primitifs. Thèse de Paris, 1891.

Garel. — Œdème infectieux bénin du larynx (Ann. des Maladies de l'oreille, 1891).

Dauchet. — Abcès du larynx (Bulletin Soc. française de Laryngologie, 1893).

Cartaz. — Deux Cas d'œdème laryngé d'origine grippale (Rev. de Laryng. de Moure, 1893).

Cheatam. — Œdème aigu du larynx. Intubation (Med. and. surg. Reporter, 1894).

Prieur et Claové. — Phlegmon laryngien streptococcique (Bulletin Soc. française de Laryngol., 1er mai 1889).

Lubet-Barbon. — Œdème inflammatoire aigu et abcès du larynx (Bulletins et Mémoires Soc. française d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1901).

Périnet. — Pulvérisations d'adrénaline-cocaïne dans les œdèmes du larynx. Thèse de Paris, 1907.

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.